

OSKARI HEIKINHEIMO

professori, Helsingin yliopisto
osastonylilääkäri, HUS
Raskaudenkeskeytys; Käypä hoito
-työryhmän puheenjohtaja

MIKA GISSLER

tutkimusprofessori, Terveiden ja
hyvinvoinnin laitos
vierailuva professori, Karoliininen
instituutti

SATU SUHONEN

dosentti, Helsingin yliopisto
vastuulääkäri, Keskitetty
ehkäisyneuvonta, Helsingin
kaupunki
Raskaudenkeskeytys; Käypä hoito
-työryhmän jäsen

Laki raskaudenkeskeytyksestä tarvitsee päivitystä

Laki edellyttää perustetta ennen 12. raskausviikkoa tehtävälle keskeytykselle, kahden lääkärin hyväksyntää naisen päätökselle sekä keskeytysten hoidon keskittämistä sairaaloihin. Nämä vaatimukset ovat nykytilanteessa tarpeettomia ja ne pitäisi poistaa.

Raskaudenkeskeytyslakia on syytä muuttaa siten, että se vastaa nykyistä arvomaailmaa ja hoitokäytäntöjä. Samalla muutos mahdollistaisi tutkimukseen perustuvan sujuvan ja tuloksellisen hoidon.

Tullessaan voimaan vuonna 1970 laki (1) oli edistyksellinen. Sosiaaliset syyt hyväksyttiin keskeytyksen perusteeksi, raskauden ehkäisyn suunnittelusta tuli osa keskeytyksen hoitoa ja hoito keskitettiin sairaaloihin.

Lain tavoitteet – toimiva ja turvallinen palvelujärjestelmä, yhdenmukaiset kriteerit keskeytykseen pääsystä ja keskeytysten määrän väheneminen – ovat toteutuneet kuluneen lähes 50 vuoden aikana.

Viiden edellisen vuoden aikana Suomessa on tehty vuosittain alle 10 000 raskaudenkeskeytystä, ja keskeytysten määrä lisääntymisikäisten naisten määrään suhteutettuna on ollut Pohjoismaiden pienin jo vuodesta 1982. Myös hoi-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>
- 2 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raskaudenkeskeytykset 2017. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaudenkeskeytykset/raskaudenkeskeytykset>
- 3 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Pohjoismaiset raskaudenkeskeytykset 2015. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaudenkeskeytykset/pohjoismaiset-raskaudenkeskeytykset>
- 4 Hognert H, Kopp Kallner H, Cameron S ym. Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion – a randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction* 2016;31:2484–90.
- 5 Raymond EG, Weaver MA, Tan YL ym. Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2016;127:306–12.
- 6 Korjamo R, Heikinheimo O, Mentula M. Risk factors and the choice of long-acting reversible contraception following medical abortion – effect on subsequent induced abortion and unwanted pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2018;23:89–96.



toon hakeudutaan varhain. 40 % keskeytyksistä tehdään ennen 7. raskausviikkoa ja 78 % ennen 9. raskausviikkoa (2).

ENEMMÄN PAINOARVOA KESKEYTYSPPYNNÖLLE

Miksi pitäisi siis korjata toimivaa järjestelmää?

Vuoden 1970 laki on säädetty ajatellen silloista sairaalaolosuhteissa tehtävää kirurgista keskeytystä. Lääkkeellinen keskeytys tuli Suomessa käyttöön v. 2000 ja keskeytyksen hoito on muuttunut merkittävästi.

Vuonna 2017 kaikista keskeytyksistä peräti 97 % tehtiin lääkkeellisesti ja raskauden varhaisessa vaiheessa (2). Valtaosalle riittää yksi käynti perusterveydenhuollossa ennen keskeytystä, keskeytys sairaalan poliklinikalla ja jälkitarkastus taas perusterveydenhuollossa.

jan elämäntilanteessa huomattava rasite. Eikö pyyntö raskaudenkeskeytyksestä kerro samaa: raskaus ei ole toivottu eikä nainen koe sen jatkamista elämäntilanteessaan mahdolliseksi. Perustevaatimuksesta luopuminen raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana tehdyissä keskeytyksissä veisi Suomen lainsäädännön myös lähemmäksi muiden Pohjoismaiden ja EU-maiden vastaavia lakeja.

PERHESUUNNITTELU TIIVIIMMIN MUKAAN HOITOON

Keskeytysten tekeminen on mahdollista vain keskeytyssairaaloiissa ja peräti 99 % kaikista keskeytyksistä tehdäänkin julkisissa sairaaloissa. Keskeytyksen ja siihen oleellisesti liittyvien muiden palvelujen erottaminen eri organisaatioiden toiminnaksi saattaa kuitenkin tehdä karkunpalveluksen erityisesti palveluja eniten tarvitseville.

Sekä kotimaisten että kansainvälisten tutkimusten mukaan keskeytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy toteutuu tehokkaimmin, askastyytyväisyys on parhaimmillaan ja uusien keskeytysten tarve vähäisin, mikäli keskeytyksen jälkeinen pitkäaikainen ehkäisy aloitetaan viipymättä (4–6). Kapseli- tai kierukkaehkäisyn sujuva aloittaminen on hankalaa, jos raskaudenkeskeytyksen eri vaiheiden hoito on eri organisaatioiden vastuulla.

Alkuraskauden keskeytysten hoito perhesuunnittelukysymyksiin monipuolisesti perehtyneissä terveydenhuollon yksiköissä parantaisi sekä hoidon sujuvuutta, tehokkuutta että potilastyytyväisyyttä. Toimiva yhteys erikoissairaanhoidon poliklinikkaan ja sairaalaan on jatkossakin tärkeää. Myös varhaiseen keskeytykseen liittyy komplikaatioiden mahdollisuus, jolloin potilaiden viiveetön ohjaus päivystykseen on tärkeää. Yhteiset potilastietojärjestelmät mahdollistavat potilaiden sujuvan hoidon myös näissä tilanteissa. ●

On tärkeää tunnistaa tilanteet, joita sosiaali- tai terveydenhuolto voi helpottaa.

Toisin kuin Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa, Suomen laki edellyttää keskeytyshakemukselle valtaosassa tapauksista kahden lääkärin puolta (3).

Ei-toivottu raskaus on usein osa ristiriitaista tai epävakaa elämäntilannetta. Onkin tärkeää tunnistaa tilanteet, joita sosiaali- tai terveydenhuolto voi helpottaa. Onko kahden lääkärin tapaminen gynekologisine tutkimuksineen kuitenkin mielekästä? Keskustelu terveydenhoitajan ja tarvittaessa muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa saattaisi olla paremmin perusteltua.

Suomen laki vaatii edelleen raskaudenkeskeytykselle perusteen. Yli 92 %:ssa peruste on sosiaalinen eli raskauden jatkaminen on haki-

SIDONNAISUUDET

Oskari Heikinheimo: Luentopalkkiot (Bayer Healthcare Ag, Gedeon Richter, Sandoz), Muut yhteydet (neuvottelukunnan jäsen; Bayer Healthcare Ag, Gedeon Richter). Mika Gissler: Ei sidonnaisuuksia. Satu Suhonen: Ei sidonnaisuuksia.

Näkökulma-palstalla julkaistavien kirjoitusten enimmäispituus on 5 000 merkkiä. Toimitus lyhentää kirjoituksia tarvittaessa. Palstalle tarkoitetut kirjoitukset lähetetään osoitteeseen laakarilehti@laakarilehti.fi